

福祉医療に関する資格喪失届

助成対象者	氏 名		年 月 日生
	居 住 地		
	医療証（資格証）受給者番号		

資格喪失事由	1. 転出 2. 死亡 3. 婚姻 4. 生保受給 5. 措置入所 6. 福祉医療受給 7. その他（ ）
--------	---

資格喪失事由 発生年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記のとおり資格を失ったのでお届けします。

このことにより医療証（資格証）は返還します。

年 月 日

住 所

氏 名

（助成対象者との続柄 ）

（あて先）松江市長